

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*

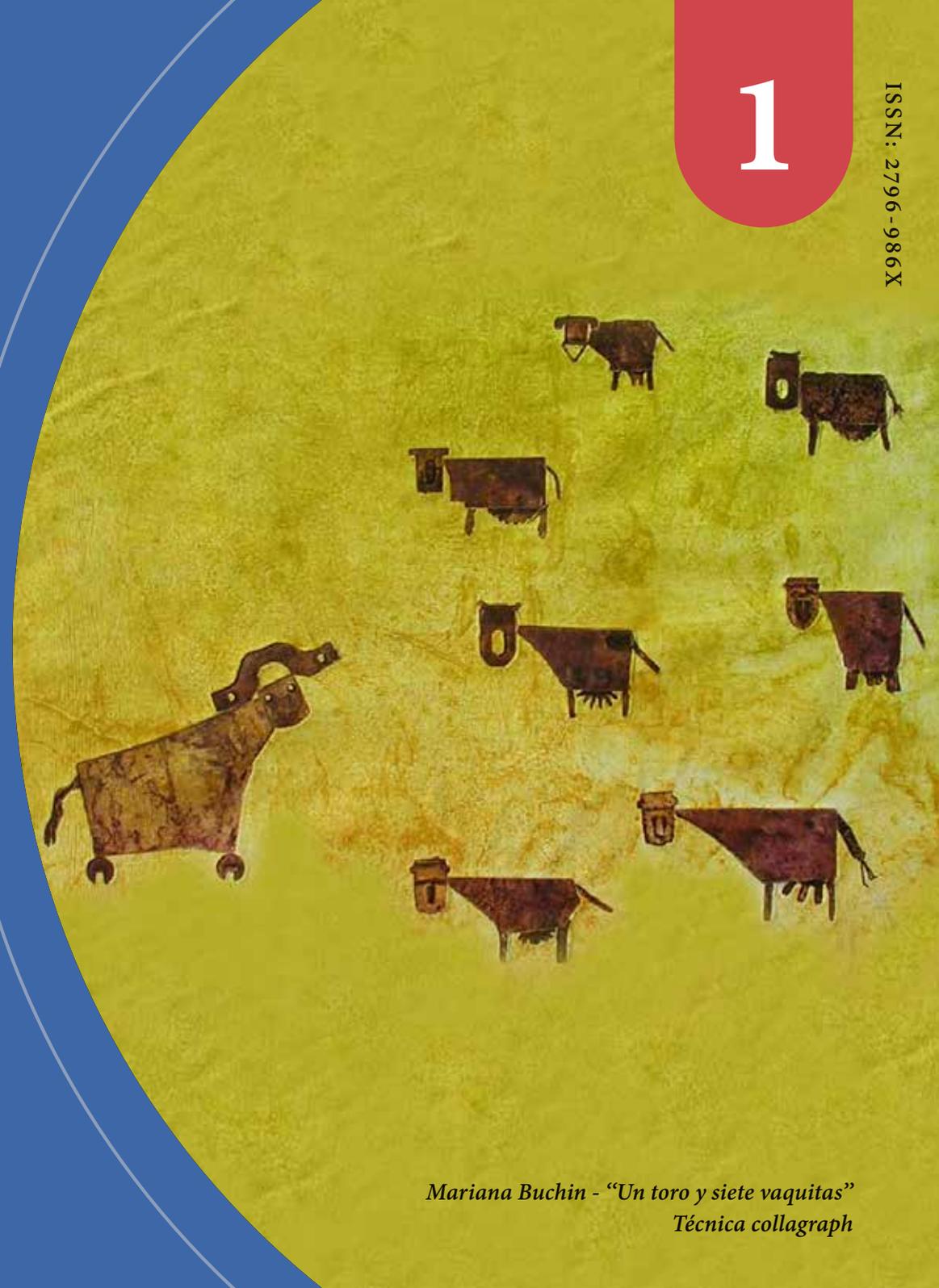


UGR Universidad
del Gran Rosario

Semestral / Vol. 2 / Núm. 1 / marzo 2023

1

ISSN: 2796-986X



Mariana Buchin - "Un toro y siete vaquitas"
Técnica collagraph

Estrés laboral y burnout en kinesiólogos/as con orientación en neurorrehabilitación en la ciudad de Rosario

Job Strain and Burnout in Kinesiologists that Specialize in Neurorehabilitation in the City of Rosario

Autores/as

Marina Terradez - marinaterradez@hotmail.com -
Psicóloga. Universidad Nacional de Rosario y Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Pablo Luis Martino - p.martino@hotmail.com -
Doctor en Psicología. Universidad Nacional de Rosario y Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Sebastián Ramos - sramos@ugr.edu.ar -
Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Kinesiología Neurológica. Docente Titular de Técnicas Kinésicas II. Director del Espacio de Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Virginia Trossero - vtrossero@ugr.edu.ar -
Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Kinesiología Neurológica. JTP de Técnicas Kinésicas II de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 22/06/2022

ACEPTADO 23/09/2022

Resumen

El presente estudio surge como respuesta a la escasez de investigaciones sobre estrés laboral en profesionales de la kinesiólogía, en el contexto argentino. Por este motivo, se administró el Inventario de Burnout de Maslach y una encuesta demográfica-laboral a 47 kinesiólogos/as de Rosario. También se realizaron entrevistas grupales a cuatro profesionales, cuya principal área de ejercicio profesional correspondía, en todos los casos, a la neurorrehabilitación.

Entre algunos hallazgos, se destaca que el 27,7% de la muestra presentó valores compatibles con Síndrome de Burnout. Esta cifra resulta un porcentaje relevante para la condición y para cualquier problemática de salud.

Entre los factores que podrían explicar estos valores se incluye la especialidad de neurorrehabilitación, dado que es un campo que expone al/la kinesiólogo/a a patologías complejas, de lenta o nula recuperación, y al sufrimiento psicológico tanto de pacientes como de su entorno social.

Un segmento importante de la muestra (75%) presentó un alto agotamiento emocional atribuible a la profesión y el 55% evidencia conductas de cinismo y distancia ante los/as pacientes. No obstante, a pesar de esos indicadores preocupantes, más de la mitad de la muestra manifestó una alta realización personal,

por lo que se sienten a gusto con su profesión y le confieren suficiente utilidad y sentido, aspectos que, estimamos, ayudarían a compensar y contrarrestar el cansancio emocional.

En línea con los datos recopilados en las entrevistas, la atención kinésica a domicilio se correlacionó en forma positiva con el agotamiento emocional. Lo mismo sucedió con aquellos/as profesionales que trabajan en el sector privado, lo cual obedece a la precarización laboral. Por el contrario, el sistema de salud pública garantiza contratos estables y mayor seguridad social.

Se sugiere destinar mayores esfuerzos a la implementación de políticas de cuidado de la salud psíquica de los/as colegiados/as, especialmente al diseño de mecanismos que permitan auditar y mejorar las condiciones laborales en el sector privado.

Palabras clave

- Estrés
- *Burnout*
- Kinesiólogos/as
- Neurorrehabilitación

Summary

The present work arises as an answer to the shortage of research on job strain in kinesiologists, in the Argentinean context. To this aim, the

Maslach Burnout Inventory (MBI) as well as a demographic work-related survey were conducted among 47 kinesiologists from Rosario. Group interviews were also conducted among four professionals whose main working area corresponds to neurorehabilitation in all cases.

Among other findings, it should be mentioned that 27.7% of the sample shows values that are compatible to Burnout Syndrome. This percentage represents a high value, and it is relevant to this condition and to other health problems.

Among the factors that could explain these values there is the neurorehabilitation speciality, as it is an area where kinesiologists are prone to be exposed to complex pathologies, of slow or no recovery, and to psychological suffering from patients and from their social environment.

An important part the sample (75%) showed a high level of emotional exhaustion, which is related to the profession; and 55% of the interviewed professionals evidence behaviors of cynicism and detachment towards patients. However, in spite of these alarming indicators, more than a half of them showed a high level of personal fulfillment, which indicates that they feel at ease with their profession. This would add meaningfulness and a sense of utility to it, which we believe would help compensate and counteract emotional weariness.

In line with the results from the interviews, kinesic attention to patients at their homes had a positive correlation with emotional weariness, as well as with those professionals that work in the private sector and who work under precarious working conditions. On the contrary, the public health system offers long-term contracts and more social stability.

We suggest that bigger efforts are made towards implementing psychic health-care policies for the collegiate members, especially mechanisms that allow for the auditing and improvement of working conditions in the private sector.

Keywords

- Stress
- Burnout
- Kinesiologists
- Neurorehabilitation

Introducción

Hans Selye, un médico y científico austrohúngaro, puede considerarse el autor de una de las primeras aproximaciones teóricas al estrés (1936), al que define como una reacción fisiológica inespecífica en respuesta a exigencias del ambiente, y destaca entre sus mecanismos centrales la innervación y activación del sistema nervioso simpático, así como el circuito hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), con el consecuente aumento de los niveles de cortisol endócrino. Décadas después, Lazarus y Folkman plantearon la teoría transaccional. Sostenían que:

el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta última percibida, evaluada y valorada como algo que podría exceder sus propios recursos, de complicado afrontamiento, logrando incluso poner en peligro el bienestar personal (1986: 43).

Por su parte, el aporte de un psicoanalista rosarino, Mario Kelman, sostiene que el estrés “no es otra cosa que la incidencia de la demanda en un órgano. Allí donde la demanda no encuentra un límite fuera del

cuerpo, el órgano hace de último límite, a sus expensas” (2013: 51).

Se hace necesario subrayar que los cambios y manifestaciones fisiológicas que ocurren a partir de determinadas situaciones no serían patológicas *per se*. Por el contrario, cumplen una función adaptativa y activadora necesaria. En cambio, cuando esta respuesta se exagera, puede provocar efectos nocivos en la salud física y mental (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005; Yaribeygi *et al.*, 2017).

El ámbito laboral puede ser en ocasiones un escenario de situaciones desgastantes por diversas razones, como las exigencias propias de la actividad laboral, la falta de reconocimiento, la insuficiente remuneración, las jornadas extensas, entre otras. Algunos/as autores/as utilizan la denominación *burnout* para designar el síndrome ocasionado por circunstancias prolongadas de estrés laboral, y cuyas manifestaciones son el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) o cinismo y la baja percepción de realización personal (RP) (Freudenberger, 1974; Gil-Monte y Peiró, 1999; Maslach, Jackson y Leiter, 1986). Cabe destacar que la OMS lo ha declarado factor de riesgo laboral por sus implicancias en la calidad de vida y salud psico-física de los/as trabajadores/as, además de incluirlo como factor de mortalidad (Saborío-Morales Morales e Hidalgo-Murillo, 2015).

En lo concerniente a profesionales de la salud de Argentina, estudios realizados en médicos/as, psicólogos/as y enfermeros/as expresan resultados de amplio rango de variabilidad de prevalencia de *burnout*. Por ejemplo, mediante la utilización del Inventario de Maslach (IBM) y mismos puntos de corte, Neira (2004) reportó un 14,6% de *burnout* en médicos/as argentinos/as de distintas especialidades, mientras que Gil-Monte y Marucco (2008) obtuvieron 37,4% en pediatras de hospitales generales del Gran Buenos Aires. Por su parte, Grau *et al.* (2009), a

través de una amplia muestra de profesionales en las áreas de la medicina, psicología, enfermería, odontología y nutrición, han informado, para un total de 7.503, una prevalencia de 14,4% de *burnout*. En ese estudio, se consignaron entre los factores protectores frente al *burnout* algunas características, entre las que se destacaron: más años de ejercicio profesional y edad de las personas, tener hijos/as y una mejor valoración de la situación económica personal.

Resulta llamativa la escasez de publicaciones que releven datos similares en kinesiólogos/as en la Argentina. Sin embargo, podemos destacar dos estudios realizados en el exterior. En primer lugar, Pustułka-Piwnik *et al.* (2014) evaluaron a 151 fisioterapeutas de servicios de salud de Cracovia, Polonia, para lo cual administraron un cuestionario demográfico-laboral, así como el IBM. Entre los resultados más importantes se destacó que el AE es mayor en terapeutas que trabajan con pacientes adultos/as y en ámbito hospitalario, mientras que la DP es mayor en fisioterapeutas hombres, también en ámbito hospitalario y con antigüedad mayor a 15 años. Por su parte, Bruschini, Carli y Burla (2018) estudiaron los casos de 391 profesionales, entre los/as que se encontraba un grupo de 210 fisioterapeutas, trabajadores/as de servicios de rehabilitación de clínicas italianas. Se administró el IBM y obtuvieron datos sobre información demográfica y laboral. El 32,2% de la muestra presentaba alto AE, y un 15,7% de los/as fisioterapeutas expresaba elevado riesgo de *burnout*. Cabe destacar que el procedimiento fue similar al de Grau *et al.* (2009), dado que recurrieron al cálculo de los tertiles para las dimensiones de AE, DP y RP.

Al considerar la necesidad de una mayor investigación en poblaciones locales, este trabajo se propone explorar el estrés laboral en kinesiólogos/as de la ciudad de Rosario, Argentina. Persigue los objetivos de

pesquisar síndrome de *burnout*, sondear el grado de AE, DP y RP, y examinar la asociación entre AE, DP y RP, incluyendo algunas variables demográficas y laborales presentadas.

Metodología

Se realizó un estudio exploratorio, con metodología cuali-cuantitativa. La muestra para el estudio cuantitativo que designaremos como grupo 1 fue no probabilística y quedó conformada por 47 kinesiólogos/as de Rosario. La edad media fue 37 años (DT 10) y el 70% eran mujeres. Todos/as los/as participantes informaron que su principal área de ejercicio profesional era la neurorrehabilitación. Cabe destacar que, conforme a datos actuales suministrados por el Colegio de Kinesiólogos 2da circunscripción de Santa Fe, la población total de kinesiólogos/as de Rosario asciende a 1.034 sujetos. Por otra parte, desde el año 2016, cuando se creó la carrera de Especialización en Fisiatría y Kinesiología neurológica de la Universidad del Gran Rosario, hasta la actualidad, hay 18 colegiados/as residentes en la ciudad que culminaron la especialización.

Por otro lado, se realizaron entrevistas a profesionales que se desempeñan en la especialidad. Participaron cuatro mujeres de 25, 28, 32 y 36 años, que conformaron lo que llamaremos grupo 2. Tres de ellas cuentan con formación de posgrado en rehabilitación neurológica. La selección de estas personas se realizó según un criterio de disponibilidad, dado que fueron las primeras participantes en responder afirmativamente la invitación para la fecha acordada.

Para el primer grupo se administró el IBM (Maslach, Jackson y Leiter, 1986). El instrumento consta de 22 ítems que informan sentimientos y pensa-

mientos en relación con el trabajo. Las respuestas ofrecidas varían, según la frecuencia con la que se vivencia cada una de las situaciones descriptas, desde “nunca” a “diariamente”. Se evalúa agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, que corresponden a los tres componentes del síndrome de *burnout*. En consonancia con las recomendaciones de Maslach, fueron considerados como indicativos de *burnout* valores altos en las dos primeras dimensiones, y valores bajos en la tercera. Para la delimitación de alto AE, alta DP y baja RP se adoptaron los puntos de corte elaborados por Neira (2004) para profesionales de la salud en contexto local: respectivamente, ≥ 22 puntos para alto AE, ≥ 5 puntos para alta DP e ≤ 35 puntos para baja RP. También se aplicó una encuesta sociodemográfica y laboral compuesta por preguntas cerradas para la obtención de información sobre género, edad, años de ejercicio profesional, horas y áreas de trabajo y ámbito laboral (instituciones públicas, instituciones privadas o consultorio privado).

La inclusión de todos/as los/as participantes requirió de consentimiento informado. Posteriormente, entre mayo y agosto de 2021 se administraron los instrumentos a través de la plataforma Google Forms.

Los datos analizados se realizaron mediante el software SPSS 26.0®. Se utilizó estadística descriptiva para el *score* de AE, DP y RP, % de Síndrome de *burnout* y variables laborales. Se efectuaron comparaciones de medias y correlaciones bivariadas. Se seleccionaron métodos paramétricos si se cumplían los criterios de normalidad. Fueron indicadores de significación estadística valores $< .05$.

Para el segundo grupo, se realizó un análisis cualitativo de contenido. Requirió de la desgrabación del audio de las entrevistas, que se transcribió y se codificó el contenido resultante en grandes categorías o núcleos temáticos, para su respectivo análisis. Las categorías analiza-

das fueron las siguientes: a. Dificultades y preocupaciones asociadas a la práctica profesional; b. Satisfacción asociada a la práctica profesional; c. Expectativas asociadas a las formas de contratación laboral y retribución económica; d. Relación paciente-terapeuta; e. Satisfacción por fuera del ámbito profesional; y f. Trabajo en equipo (interdisciplina).

Resultados cuantitativos del grupo 1

En la Tabla 1 se informan los descriptivos de las variables laborales. En relación con el principal ámbito de ejercicio laboral, el 48,9% se desempeñaba en consultorio particular, el 29,8% en instituciones privadas y el 21,3% en instituciones públicas.

Tabla 1. Variables laborales

	¿Años de práctica profesional?	¿Cuántas horas promedio trabaja diariamente?	¿Cuántas horas promedio trabaja diariamente en consultorio?	¿Cuántas horas promedio trabaja diariamente en domicilio?
Media	11,9	8,5	5,7	2
DT	9,6	1,9	2,8	1,9

En otro orden de cosas, se presentan en la Tabla 2 los descriptivos de las puntuaciones brutas de cada dimensión del IBM. Conforme a su interpretación en niveles, el 74,5 % presentó puntuaciones de alto AE, el 55% con alta DE y también el 55% con alta RP. El 27,7% de la muestra presentó puntuaciones compatibles con Síndrome de *burnout* ($n = 13$).

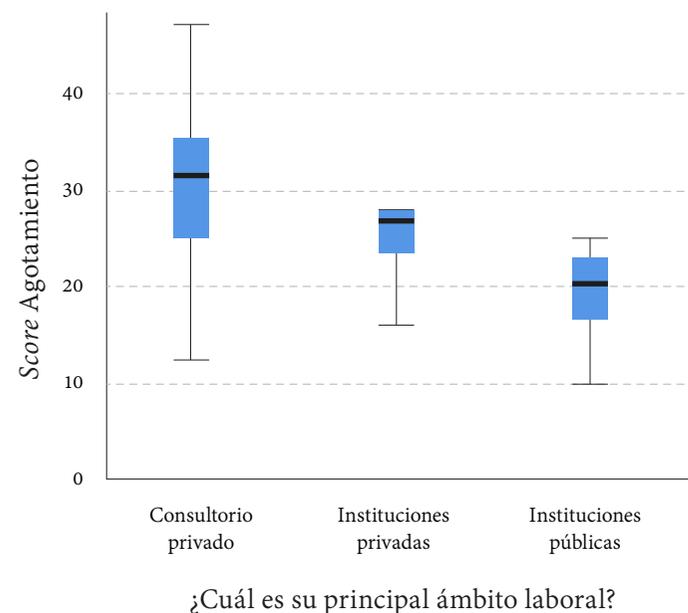
Tabla 2. *Score* de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP)

	n	Mín.	Máx.	Media	DT
AE	47	6	45	26,49	9,2
DP	47	0	21	7,91	5,13
RP	47	23	48	35,89	5,88

Al realizar los análisis de correlación entre las puntuaciones de AE, DP y RP y las distintas variables laborales, se observó una correlación positiva entre el AE y la cantidad de horas dedicadas a la práctica kinésica a domicilio ($r = .317, p < .05$). El resto de las variables (edad, años de ejercicio profesional y horas promedio de trabajo diario en consultorio y en general) no correlacionaron significativamente con las dimensiones del Maslach.

Tal como ilustra la Tabla 3, al efectuar comparaciones entre grupos por Kruskal Wallis, se observaron diferencias de AE según el principal ámbito de trabajo (test $kw = 7.2, gl = 2, p < .05$). Las correcciones por Bonferroni indican que el agotamiento es significativamente mayor para quienes se desempeñan en el ámbito privado –tanto en consultorio o institución– respecto de quienes cumplen su labor en instituciones públicas ($p < .05$). No hubo diferencias según DP y RP. Tampoco se observaron diferencias según género.

Tabla 3. Agotamiento emocional según el ámbito de trabajo kinésico



Informe sobre las entrevistas realizadas al grupo 2

Los ámbitos laborales donde se desempeñan las cuatro profesionales entrevistadas son heterogéneos a nivel institucional, y pertenecen tanto al ámbito público como al privado. Algunas de ellas realizan el ejercicio profesional en varios lugares para poder sostener una fuente de ingresos acorde a sus necesidades. También son divergentes respecto de la población con la que trabajan, dado que atienden a adultos/as y niños/as. Todas las profesionales, independientemente del ámbito donde se desempeñan, lo hacen de manera autónoma, por lo que su retribución económica corresponde a las horas trabajadas, y no reciben remunera-

ción en caso de enfermedad, vacaciones y feriados.

Manifiestan que su trabajo no está bien pago. En ese sentido, destacan cuestiones tales como el cobro de honorarios meses después de haber realizado la prestación, la existencia de una relación perjudicial entre el valor nominal de la hora cobrada y el costo que tienen que pagar para capacitarse y continuar su formación, o la precarización laboral tanto en los honorarios percibidos como en las condiciones de trabajo. También refieren falta de reconocimiento económico diferencial para profesionales que han realizado especializaciones, en discrepancia con lo que ocurre con otras especialidades de la salud.

A esta situación se suma el hecho de que el trabajo les requiere un importante insumo de tiempo para realizar informes, planificaciones, reevaluaciones, reuniones de equipo, devoluciones e historias clínicas, que redoblan –en ocasiones– al que les demanda el trabajo con el o la paciente. El inconveniente radica en que, para las colegas que trabajan en el ámbito privado, ese tiempo no está contemplado ni reconocido económicamente, lo que genera malestar, sensación de fracaso personal y frustración.

Destacan, en general, la importancia de trabajar con otros/as profesionales, ya sean colegas o especialistas de otras disciplinas, al punto que consideran que el trabajo con los/as pacientes no podría ser posible sin esa multiplicidad de miradas. Asimismo, señalan el gran valor del trabajo en equipo, y lo reconocen como un sostén emocional que les permite hacer una red profesional, que no solo las beneficia de forma personal, sino que también permite un desarrollo terapéutico acorde a las necesidades de los/as pacientes.

En el quíncho de la institución, donde nos encontramos para almorzar y descansar un momento, ocurren encuentros casuales. Allí es donde

podemos hablar sobre lo que nos pasa como profesionales, lo que nos preocupa, o lo que nos angustia, (...) lo sentimos como fundamental para poder acompañarnos en algunos momentos (Paula, 28 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

Resaltan que el trabajo interdisciplinario es enriquecedor y las fortalece, siempre que las relaciones laborales sean en un marco de respeto profesional y compañerismo, al permitirles ayudarse, a la vez que las diferencias puedan devenir en una experiencia de construcción. Cuando no están dadas estas condiciones, la labor con otros/as se vuelve muy pesada e intolerable, lo cual genera un importante malestar. Reconocen que presentan cansancio físico y psíquico, al considerar que, para esta especialidad, la puesta en juego del propio cuerpo como medio de trabajo es fundamental. Prevalece el cansancio físico en aquellas profesionales que realizan jornadas de doce horas, y que son más novatas en la tarea. En cambio, se destaca el cansancio psíquico en aquellas que tienen más de diez años de trayectoria profesional. Ellas refieren desazón y desilusión porque algunas situaciones adversas no presentan modificación alguna a pesar del paso del tiempo. También aluden importante malestar cuando trabajan de manera interdisciplinaria con algún/a paciente y existen diferencias con los/as compañeros/as en el modo de pensar e intervenir en el abordaje terapéutico, por lo que consideran que las decisiones tomadas por otros/as profesionales de la salud interfieren y de ese modo dificultan o impiden su labor profesional, e incluso llegan a entorpecer el tratamiento del/la paciente.

Hoy, que tengo varios años de profesión, me aqueja más lo psíquico que lo físico. Siento que me ha cansado el hecho de que pasan los años y ves que lo que genera malestar no se modifica, que las cosas se mantienen

iguales. El tema de lo no remunerado me pesa muchísimo, y con el tiempo, pesa más, fundamentalmente cuando formé mi familia. Ya no quiero hacer algunas tareas cuando estoy en mi casa con mis hijos, o empezar una reunión a las 8 de la noche (María, 36 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

Con respecto al trabajo con los/as pacientes, manifiestan que la relación terapéutica por momentos se complejiza o dificulta, lo cual tiene una incidencia negativa sobre los/as profesionales. Esto ocurre en la atención de pacientes crónicos, especialmente a domicilio, en la cual la empatía en ocasiones se desfigura, y se torna una relación de confianza que incomoda. También sucede cuando el entorno familiar no acompaña el tratamiento, al desconsiderar los ejercicios indicados o desatender los pedidos de interconsulta o indicaciones dadas, por lo que el esfuerzo que se realiza en la atención del/la paciente nunca se ve reflejado en mejoras: “Con pacientes muy crónicos, la relación terapéutica se termina agotando y desfigurando con el tiempo, y eso trae complicaciones (...)” (María, 36 años, entrevista realizada el 22/07/2021). O bien: “Me molesta cuando no hay compromiso familiar con el tratamiento, (...) los padres depositan a los pacientes en la terapia, pero no hay respuesta al pedido de interconsulta, a solicitud de un equipamiento, etcétera” (Lara, 32 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

A su vez, privilegian el reconocimiento de posibles limitaciones personales como la manera que, en ocasiones, ha servido para aliviar el malestar y la frustración laboral: “Hablar con otros, compartir con otros son cosas que nos alivian, y me han ayudado a sentirme mejor, siempre” (Mariana, 25 años, entrevista realizada el 22/07/2021).

Conclusión

Un primer hallazgo para destacar es que el 27,7% de la muestra presentó valores compatibles con Síndrome de *burnout*. Según las recomendaciones de Maslach, se consideró potencial caso de *burnout* cuando se presentaba alto AE, alta DP y baja RP. Asimismo, los criterios para delimitar esos valores se basaron en los puntos de corte de Neira (2004) para profesionales de la salud en contexto local: respectivamente, ≥ 22 puntos para alto AE, ≥ 5 puntos para alta DP e ≤ 35 puntos para baja RP.

La prevalencia de *burnout* aquí observada se ubica en una posición intermedia en comparación con otros estudios de prevalencia en profesionales de la salud argentinos/as que han utilizado el mismo criterio y procedimientos para la determinación de *burnout*. En ese sentido, los valores hallados por Neira (2004) corresponden a 14,6% de Síndrome de *burnout* en médicos/as argentinos/as de distintas especialidades, y el de Gil-Monte y Marucco (2008) corresponde a 37,4% en pediatras de hospitales generales del Gran Buenos Aires. Por su parte, un estudio italiano reciente halló 15,7% de prevalencia de *burnout* en kinesiólogos/as, aunque la comparabilidad con nuestro estudio se dificulta en el hecho de que los puntos de corte para la determinación de casos de *burnout* siguieron un procedimiento distinto, recurriendo al cálculo de los tertiles para las tres dimensiones, AE, DP y RP (Bruschini, Carli y Burla, 2018).

Más allá de las semejanzas o divergencias con otros estudios, consideramos que 27,7% es un porcentaje relevante tanto para *burnout* como para cualquier problemática de salud. A modo de hipótesis, sostenemos que estos porcentajes podrían explicarse, en parte, por tratarse de kinesiólogos/as dedicados/as a la neurorrehabilitación, campo que expone al/la

profesional de la kinesiología a patologías complejas, en numerosas ocasiones de lenta o nula recuperación, y al sufrimiento psicológico de los/as propios/as pacientes y de su entorno social. En esta línea, Bruschini, Carli y Burla (2018) consideran que el trabajo en áreas de rehabilitación es un factor de vulnerabilidad y agotamiento a razón del contacto diario con el dolor físico, psicológico y con la discapacidad. Futuros estudios podrían trazar comparaciones de estrés laboral y *burnout* en las distintas áreas profesionales de la kinesiología (neurorrehabilitación, cardiorrespiratoria, traumatología, deportología, entre otras).

Un segmento importante de la muestra (75%) presentó alto AE atribuible a la profesión y el 55% evidencia conductas de cinismo y distancia ante los pacientes (DP). No obstante, a pesar de esos indicadores preocupantes, más de la mitad de la muestra manifestó alta RP. Es decir, los/as profesionales se sienten a gusto con su profesión y le confieren suficiente utilidad y sentido, aspecto este último que, estimamos, ayudaría a compensar y contrarrestar el cansancio emocional, y evitaría un porcentaje aún mayor de *burnout*.

En línea con los datos recopilados en las entrevistas, la atención kinésica a domicilio correlacionó en forma positiva con el AE. Algunas explicaciones posibles de esta relación se asientan en lo desgastante que puede tornarse para el/la profesional tener que sostener el encuadre en el hogar del/la paciente, donde se imponen otras dinámicas diferentes a las del consultorio. También deben tenerse en cuenta los cambios que va adquiriendo la relación terapéutica cuando se trabaja con pacientes crónicos, donde la empatía se desfigura, y da lugar a una relación de confianza que incomoda a los/as profesionales y les demanda realizar actividades que no son de su incumbencia profesional.

Otro importante resultado consistió en que el AE fue significativamente

mayor en kinesiólogos/as cuyo principal ámbito de trabajo era el sector privado. Entre los datos relevados en las entrevistas, asumimos que el mayor agotamiento en este ámbito obedece a la precarización laboral que sufren muchos/as kinesiólogos/as y a la enorme labor que les representa la elaboración de informes, reuniones, y demás cuestiones administrativas que no son remuneradas. Esto resulta especialmente visible en aquellos/as profesionales que presentan más de diez años de trayectoria profesional, dado que estas situaciones adversas se sostienen en el tiempo. Por el contrario, el sistema de salud pública –aun si se trabaja de manera autónoma– mejora las condiciones laborales, porque el total de las actividades se realizan dentro de la jornada de trabajo. El resto de las variables demográficas y laborales (edad, género, antigüedad profesional, horas de trabajo en consultorio y horas de trabajo en general) en los datos estadísticos no se asociaron con el AE, la DP y la RP.

Este trabajo no está exento de limitaciones. El tamaño de la muestra es pequeño y se ha obtenido por un método no probabilístico, aspectos que comprometen la generalización de los resultados.

Para finalizar, a partir de los datos exploratorios, sugerimos como acción fundamental destinar mayores esfuerzos a la implementación de políticas de cuidado que aboguen por la salud mental de los/as colegiados/as, en especial de mecanismos que permitan auditar y mejorar las condiciones laborales en el sector privado.

Bibliografía

Bruschini, M.; Carli, A. y Burla, F. (2018). Burnout and Work-Related Stress in Italian Rehabilitation Professionals: A Comparison of Physiotherapists, Speech Therapists and Occupational Therapists. *Work*, 59(1), 121-129. <https://doi.org/10.3233/WOR-172657>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.

Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Rev. Saúde Pública*, 42(3). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300009>

Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-Induced Immune Dysfunction: Implications for Health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251. <https://doi.org/10.1038/nri1571>

Grau, A.; Flichtentrei, D.; Suñer, R.; Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista española de salud pública*, 83(2), 215-230. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000200006>

Kelman, M. (2013). Neurociencia, Psicoanálisis. *Actualidades en Psicología*, 27(114), 39-54.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Maslach, C.; Jackson, S. y Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Neira, C. (2004). *Cuando se enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Gambacop.

Pustułka-Piwnik, U.; Ryn, Z. J.; Krzywoszański, Ł. y Stożek, J. (2014). Burnout Syndrome in Physical Therapists - Demographic and Organizational Factors. *Medycyna pracy*, 65(4), 453-462. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00038>

Saborío-Morales, L. e Hidalgo-Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica*, 32, 1.

Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(32).

Yaribeygi, H.; Panahi, Y.; Sahraei, H.; Johnston, T. P. y Sahebkar, A. (2017). El impacto del estrés en la función corporal: una revisión. *Diario EXCLI*, 16, 1057-1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



UGR

Universidad del
Gran Rosario